

trong nghiên cứu này mốc phát triển để xác định trẻ chậm nói cũng là dấu hiệu báo động đỏ nguy cơ trẻ rối loạn phổ tự kỷ được khuyến cáo. 3 trẻ có tiền sử được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ đều có M-CHAT dương tính, kết quả này cũng phản ánh độ đặc hiệu của thang M-CHAT là rất cao, các nghiên cứu khác ghi nhận giá trị này lên đến 99,9% [4].

V. KẾT LUẬN

- Qua sàng lọc 528 trẻ 18-36 tháng tuổi tại 26 trường mầm non bằng thang điểm M-CHAT do giáo viên thực hiện ghi nhận 6,63% trẻ dương tính, tỷ lệ này phản ánh thang điểm M-CHAT do giáo viên mầm non thực hiện có độ nhạy thấp hơn những nghiên cứu khác.

- Trẻ có biểu hiện chậm nói so với tuổi hay bị gia đình và giáo viên nghi ngờ có vấn đề về phát triển có tỷ lệ dương tính cao lần lượt là 41,79%, 78,95% và 61,82% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các câu hỏi 3,11,19 trong thang điểm M-CHAT có tỷ lệ dương tính cao nhất lần lượt là 85,71%, 80,00%, 88,57%.

VI. KIẾN NGHỊ:

- Áp dụng sàng lọc trẻ RLPTK bằng thang điểm M-CHAT tại các trường mầm non đặc biệt nhóm trẻ chậm nói so với tuổi hoặc có phụ huynh, giáo viên nghi ngờ về phát triển.

- Tăng cường tập huấn cho giáo viên thực hiện thang điểm M-CHAT, đánh giá độ nhạy độ

đặc hiệu của thang điểm khi được áp dụng tại các trường mầm non ở tỉnh Cà Mau

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Psychiatric Association (2013)**, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition, Washington DC, p.50
2. **CDC (2020)**. Basics about Autism Spectrum Disorder (ASD) | NCBDDD | CDC [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [cited 2020 Oct 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/facts.html>.
3. **World Health Organization (2014)**. Comprehensive and coordinated efforts for the management of Autism spectrum disorders, World Health Organization.
4. **Nguyễn Thị Hương Giang và cộng sự (2010)**, "Nghiên cứu một số nguy cơ của trẻ tự kỷ từ 18 tháng đến 36 tháng tuổi", Tạp chí y học thực hành, 739(10/2010), Tr.16-18.
5. **Phuong Minh Nguyen, Thien Thang Tran (2021)**, "Clinical characteristics and associated socio-demographic factors of autism spectrum disorder in Vietnamese children", Curr Pediatr Res2021; 25 (1); 308-312
6. **Trần Thiện Thắng (2019)**, "Khảo sát tỷ lệ trẻ từ 18-36 tháng có biểu hiện rối loạn phổ tự kỷ tại phòng khám bệnh viện nhi đồng cần thơ bằng thang điểm M-CHAT", Tạp Chí Y Dược Học Cần Thơ, 22-25, tr. 293-304.
7. **Nguyễn Đức Trí, Trần Diệp Tuấn, (2014)**, "Nghiên cứu tỷ lệ M-CHAT dương tính (nguy cơ bị rối loạn phổ tự kỷ): Một khảo sát tại cộng đồng trẻ học mầm non từ 16-36 tháng trong Quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ", Tạp chí nghiên cứu y học TP. Hồ Chí Minh, 18, tr.454-458.

BỆNH QUANH RĂNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ MẮC HỘI CHỨNG THẬN HƯ TIÊN PHÁT

Lương Minh Hằng¹, Tống Minh Sơn¹, Trần Huy Thịnh²,
Trần Thị Mỹ Hạnh¹, Đào Thị Hằng Nga¹

TÓM TẮT

Hội chứng thận hư (HCTH) là bệnh lý cầu thận hay gặp nhất ở trẻ em với tỉ lệ mới mắc hàng năm là 2 - 7/100000 trẻ trên tổng tỉ lệ mắc bệnh là 16/100000 trẻ. Tại Việt Nam (1981-1990) có 1414 trẻ mắc HCTH nhập Bệnh viện Nhi Trung ương, chiếm 46,6% tổng số bệnh nhân của Khoa Thận - Tiết niệu, trong đó 1358 trẻ được chẩn đoán HCTH tiên phát (91,0%). Theo y văn, những trẻ mắc HCTH có sự tác động phá hủy mô

quanh răng khi sử dụng kéo dài các loại thuốc trong điều trị bệnh. Ngoài ra, sự nhập viện thường xuyên và chế độ ăn uống riêng biệt cũng ảnh hưởng đến việc chăm sóc vệ sinh răng miệng làm tăng tỉ lệ bệnh quanh răng ở trẻ. Nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả thực trạng bệnh quanh răng và mối liên quan giữa bệnh và HCTH tiên phát ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện ở 407 trẻ). Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số trẻ viêm lợi và phi đại lợi độ 1, cao răng gặp nhiều nhất ở trẻ 13-18 tuổi, có mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh, số lần tái phát, thể bệnh, việc sử dụng loại thuốc điều trị và bệnh viêm lợi, phi đại lợi ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

Từ khóa: hội chứng thận hư tiên phát, bệnh quanh răng, viêm lợi, lợi phi đại, cao răng, mối liên quan.

SUMMARY

¹Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Minh Hằng

Email: minhhang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2021

Ngày duyệt bài: 29.4.2021

PERIODONTAL DISEASES AND RELATED FACTORS IN CHILDREN WITH PRIMARY NEPHROTIC SYNDROME

Nephrotic syndrome (NS) is the most common glomerular disease in children with an annual incidence rate of 2-7/100,000 children out of a total morbidity rate of 16/100,000. In Vietnam (1981-1990), 1414 children with NS were admitted to the National Hospital of Pediatrics, accounting for 46,6% of the total number of patients in the Department of Nephrology - Urology, of which 1358 children were diagnosed with primary NS (91,0 %). According to the literature, patients with nephrotic syndrome have the effect of destroying hard tissue and surrounding parts after having used drugs in a long-term treatment. In addition, regular hospitalization and specific diet also affect the care and prevention of oral diseases. This study aims to describe the periodontitis diseases of children with primary nephrotic syndrome and some related factors at the National Hospital of Pediatrics. The method of cross-sectional descriptive studies was performed in a group of children diagnosed as primary nephrotic (407 children). Results of research as follow: the majority of children with gingivitis and hypertrophic gingivitis, tartar most commonly seen in children 13-18 years old, there is a relationship between the duration of the disease, the number of relapses, the form of the disease, the history of the disease use of drugs to treat gingivitis and hypertrophic gingivitis in the study group.

Keywords: nephrotic syndrome, gingivitis, hypertrophic gingivitis, tartar.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư (HCTH) là bệnh lý cầu thận hay gặp nhất ở trẻ em với tỉ lệ mới mắc hàng năm là 2 - 7/100000 trẻ trên tổng tỉ lệ mắc bệnh là 16/100000 trẻ¹. Tại Việt Nam, chưa có nhiều số liệu về tỉ lệ mới mắc hàng năm của HCTH, tuy nhiên theo số liệu nghiên cứu trong 10 năm từ 1981 đến 1990, có 1414 trẻ mắc HCTH nhập Bệnh viện Nhi Trung ương, chiếm 46,6% tổng số bệnh nhân của Khoa Thận - Tiết niệu, trong đó 1358 trẻ được chẩn đoán HCTH tiên phát (91,0%) và 4,0% trẻ là HCTH thứ phát². Theo y văn, những bệnh nhân mắc HCTH có sự tác động phá hủy mô cứng và các tổ chức quanh răng khi sử dụng kéo dài các loại thuốc trong điều trị bệnh^{3,4}. Ngoài ra, sự nhập viện thường xuyên và chế độ ăn uống riêng biệt cũng ảnh hưởng đến việc chăm sóc và phòng ngừa các bệnh lý răng miệng.⁵ Babu và Jana (2014)⁶, Angelova và CS (2017)⁵ Güzel và CS (2018)⁷ đều cho kết quả trẻ mắc HCTH có tỉ lệ viêm lợi cao hơn so với trẻ bình thường, thường mắc tình trạng viêm lợi trung bình, và có 16,5% trẻ bị viêm lợi phì đại theo nghiên cứu của Weraarchakul và CS (2014) tại Thái Lan⁸. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Phạm Thị Phương

(2017)⁹: 90,7% trẻ mắc HCTH tiên phát có viêm lợi, 78,2% trẻ dùng cyclosporin có phì đại lợi; 85,6% trẻ có cao răng. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu về những ảnh hưởng của bệnh thận mạn tính đến bệnh quanh răng trên trẻ em trong những năm gần đây, nhưng vẫn còn ít nghiên cứu về mối liên quan này trên trẻ mắc HCTH tiên phát, đặc biệt ở Việt Nam mới chỉ có một nghiên cứu về vấn đề này. Với mong muốn đóng góp một phần số liệu để xây dựng bức tranh về bệnh quanh răng và mối quan hệ giữa HCTH tiên phát và bệnh, đồng thời giúp định hướng cho công tác chăm sóc sức khỏe răng miệng ở trẻ em để tăng phần hiệu quả cho việc phòng ngừa và điều trị chúng tôi thực hiện đề tài mô tả "*Bệnh quanh răng và một số yếu tố liên quan ở trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ em được chẩn đoán hội chứng thận hư tiên phát tại khoa Thận - Lọc máu bệnh viện Nhi trung ương với những tiêu chuẩn chẩn đoán của ISKDC (International study of Kidney diseases in Children):

- Protein niệu $\geq 50\text{mg/kg/24 giờ}$
- Protein máu $<56\text{ g/l}$
- Albumin máu $<25\text{ g/l}$.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu, chọn mẫu. Theo công thức tính ước tính cỡ mẫu cho một tỉ lệ trong cộng đồng

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

- n: cỡ mẫu tối thiểu cần có.
- $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số giới hạn tin cậy, với $\alpha=0,05$ ta có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$
- d: khoảng sai lệch mong muốn, chọn $d=0,05$
- p: tỉ lệ viêm lợi phì đại ở trẻ mắc bệnh hội chứng thận hư tiên phát của tác giả Phạm Thị Phương và cộng sự $p = 0,782$ ⁹.
- Cỡ mẫu nghiên cứu sau khi áp dụng công thức: $n= 262$ trẻ em

Trên thực tế chúng tôi đã khám và thu thập dữ liệu của 407 trẻ

Thu thập thông tin: Gửi thư xin ý kiến đồng ý tham gia nghiên cứu cho trẻ và gia đình. Gửi bộ câu hỏi phỏng vấn đến phụ huynh của trẻ để thu thập thông tin về cá nhân, đặc điểm bệnh, thói quen vệ sinh răng miệng, thói quen ăn uống của đối tượng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn đánh giá: Phương pháp đánh giá vệ sinh răng miệng đơn giản OHI-S của Green và Vermillion (1964) gồm có hai chỉ số Chỉ số cặn bám đơn giản (DI-S) và chỉ số cao răng (CI-S)

Phương pháp đánh giá lợi GI theo Loe và Silness (1963)

Phương pháp đánh giá phi đại lợi GOI theo McGaw và cộng sự (1988)

3. Thời gian địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2019 đến tháng 1/2021

Địa điểm nghiên cứu: Khoa thận - lọc máu Bệnh viện Nhi Trung Ương Hà Nội, Số 18/879 Đường La Thành, Láng Thượng, Đống Đa, Hà Nội.

4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Hà

Nội số NCS17/ĐHYHN-HĐĐĐ ngày 27 tháng 03 năm 2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Theo kết quả nghiên cứu thì đa số bệnh nhân là nam giới (309 trường hợp chiếm 75,6%); số lượng bệnh nhân ở độ tuổi 7-12 chiếm đa số (211 trẻ chiếm 51,8%). Về thời gian mắc bệnh: đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu mắc bệnh 1-5 năm (195/407 trường hợp, chiếm tỉ lệ 47,9%). Về thể bệnh: đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu có thể bệnh kháng thuốc (239/407 trường hợp). Về tình trạng điều trị: đa số các bệnh nhân đang điều trị (330/407 trường hợp). Có 191/407 trường hợp bị tái phát từ 3 lần trở lên chiếm 46,9%.

2. Đặc điểm bệnh quanh răng ở trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát

Bảng 1. Phân độ viêm lợi, phi đại lợi theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Viêm lợi				Phi đại lợi			
	Độ 0 n (%)	Độ 1 n (%)	Độ 2 n (%)	Độ 3 n (%)	Độ 0 n (%)	Độ 1 n (%)	Độ 2 n (%)	Độ 3 n (%)
3-6 tuổi (n=122)	67 (54,9)	45 (36,9)	8 (6,6)	2 (1,6)	119 (97,5)	3 (2,5)	0	0
7-12 tuổi (n=211)	63 (29,8)	112 (53,1)	28 (13,3)	8 (3,8)	179 (84,8)	23 (10,9)	7 (3,3)	2 (1,0)
13-18 tuổi (n=74)	17 (23,0)	40 (54,1)	12 (16,2)	5 (6,7)	59 (79,7)	12 (16,2)	2 (2,7)	1 (1,4)
Tổng (n=407)	147 (36,1)	197 (48,4)	48 (11,8)	15 (3,7)	357 (87,7)	38 (9,3)	9 (2,2)	3 (0,7)
p (chi2 test)	0,000				0,007			

Phân độ viêm lợi và phi đại lợi theo nhóm tuổi được thể hiện qua Bảng 1. Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu có phân độ viêm lợi độ 1 (48,4%). Đa số bệnh nhân không phi đại lợi (87,7%). Trong số bệnh nhân phi đại lợi thì chủ yếu là phi đại lợi độ 1.

Bảng 2. Phân bố cao răng theo nhóm tuổi (CI-S)

Nhóm tuổi	Không có cao răng		Cao răng độ 1		Cao răng độ 2		Cao răng độ 3	
	n	%	N	%	n	%	n	%
3-6 tuổi (n=122)	86	70,5	14	11,5	18	14,7	4	3,3
7-12 tuổi (n=211)	98	46,4	49	23,2	43	20,4	21	10,0
13-18 tuổi (n=74)	20	27,0	21	28,4	18	24,3	15	20,3
Tổng (n=407)	204	50,1	84	20,7	79	19,4	40	9,8
p (chi2 test)	0,000							

Trong Bảng 2 cho thấy bệnh nhân có cao răng chiếm 49,9% trong tổng số bệnh nhân, đa số các bệnh nhân có cao răng độ 1 và 2 lần lượt là 20,7% và 19,4%. Chỉ có 9,8% bệnh nhân có cao răng độ 3. Tỉ lệ bệnh nhân không có cao răng ở nhóm tuổi 3-6 chiếm tỉ lệ cao nhất (70,5%). Tỉ lệ bệnh nhân có cao răng độ 2 và độ 3 gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 13-18 tuổi.

3. Môi liên quan giữa bệnh quanh răng và hội chứng thận hư tiên phát

Bảng 3. Liên quan giữa viêm lợi và đặc điểm HCTH tiên phát

Một số đặc điểm về HCTH	Viêm lợi		Không viêm lợi		OR (95% CI)	
	N	%	n	%		
Giới	Nam	199	64,4	110	35,6	1
	Nữ	61	62,2	37	37,8	1,10 (0,66-1,80)
Thời gian mắc bệnh	≤ 1 năm	59	49,6	60	50,4	1
	1-5 năm	132	67,7	63	32,3	2,13 (1,33-3,40)
	>5 năm	69	74,2	24	25,8	2,92 (1,63-5,26)

Thể bệnh	Nhảy cảm corticoid	44	55,7	35	44,3	1
	Phụ thuộc corticoid	57	65,5	30	34,5	1,51 (0,81-2,83)
	Kháng thuốc corticoid	157	65,7	82	34,3	1,52 (0,91-2,56)
Liều prednisolon	Ngưng thuốc	50	64,9	27	35,1	1
	Đang điều trị	210	63,6	120	36,4	1,06 (0,61-1,86)
Thuốc điều trị kết hợp	Không dùng thuốc kết hợp	104	61,9	64	38,1	1
	Dùng Cyclosporin/ Cellcept	156	65,3	83	34,7	0,86 (0,56-1,33)
Số lần tái phát	Bị lần đầu	53	57,6	39	42,4	1
	1 – 3 lần	75	60,5	49	39,5	1,12 (0,65-1,95)
	3-6 lần	39	60,0	26	40,0	1,10 (0,58-2,11)
	Tái phát >6 lần	93	73,8	33	26,2	2,07 (1,17-3,68)

Mối liên quan giữa viêm lợi và các đặc điểm của HCTH tiên phát được thể hiện qua Bảng 3: Nhóm bệnh nhân có thời gian điều trị trên 5 năm có nguy cơ bị viêm lợi gấp 2,92 lần nhóm bệnh nhân có thời gian điều trị từ 1 năm trở xuống. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm bệnh nhân có số lần tái phát trên 6 lần có nguy cơ bị viêm lợi gấp 2,07 lần so với nhóm bệnh nhân bị lần đầu. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lần tái phát và tình trạng viêm lợi.

Bảng 4. Mối liên quan giữa phì đại lợi và đặc điểm HCTH tiên phát

Một số đặc điểm về HCTHTP		Phì đại lợi		Không phì đại lợi		OR (95% CI)
		n	%	n	%	
Giới	Nam	40	12,9	269	87,1	1
	Nữ	10	10,2	88	89,8	1,31 (0,61-3,06)
Thời gian mắc bệnh	≤ 1 năm	4	3,4	115	96,6	1
	1-5 năm	27	13,9	168	86,1	4,62 (1,57-13,56)
	>5 năm	19	20,4	74	79,6	7,38 (2,42-22,56)
Thể bệnh	Nhảy cảm corticoid	2	2,5	77	97,5	1
	Phụ thuộc corticoid	4	4,6	83	95,4	1,86 (0,33-10,42)
	Kháng thuốc corticoid	44	18,4	195	81,6	8,69 (2,06-36,72)
Liều prednisolon	Ngưng thuốc	12	15,6	65	84,4	1
	Đang điều trị	38	11,5	292	88,5	1,42 (0,64-2,96)
Thuốc điều trị kết hợp	Không dùng thuốc kết hợp	6	3,6	162	96,4	1
	Dùng Cyclosporin/ Cellcept	44	18,4	195	81,6	6,09 (2,49-17,88)
Số lần tái phát	Bị lần đầu	2	2,2	90	97,8	1
	1 – 3 lần	13	10,5	111	89,5	5,27 (1,16-23,96)
	3-6 lần	6	9,2	59	90,8	4,58 (0,89-23,44)
	Tái phát >6 lần	29	23,0	97	77,0	13,45 (3,12-58,01)

Mối liên quan giữa phì đại lợi và các đặc điểm của HCTH tiên phát được thể hiện qua Bảng 4: Bệnh nhân có thời gian điều trị trên 5 năm có nguy cơ phì đại lợi gấp 2 lần so với bệnh nhân có thời gian điều trị từ 1-5 năm, gấp 7 lần so với bệnh nhân có thời gian điều trị dưới 1 năm. Nhóm bệnh nhân có thể bệnh kháng thuốc có nguy cơ phì đại lợi gấp 8,7 lần nhóm bệnh nhân có thể bệnh nhảy cảm. Nhóm bệnh nhân có thể bệnh phụ thuộc có nguy cơ phì đại lợi gấp 1,9 lần nhóm bệnh nhân có thể bệnh nhạy cảm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Việc dùng kết hợp thuốc Cyclosporine/Cellcept để điều trị bệnh

cũng ảnh hưởng đến tình trạng phì đại lợi của bệnh nhân. Nhóm có dùng thuốc kết hợp có nguy cơ phì đại lợi gấp 6,09 lần nhóm không dùng thuốc. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lần tái phát và tình trạng phì đại lợi. Bệnh nhân có số lần tái phát 1-3 lần có nguy cơ bị viêm lợi gấp 5,27 lần so với nhóm bệnh nhân bị lần đầu, bệnh nhân có số lần tái phát 3-6 lần có nguy cơ bị viêm lợi gấp 4,58 lần so với nhóm bệnh nhân bị lần đầu, bệnh nhân có số lần tái phát trên 6 lần có nguy cơ bị viêm lợi gấp 13,45 lần so với nhóm bệnh nhân bị lần đầu.

Bảng 5. Mối liên quan giữa cao răng và đặc điểm HCTH tiên phát

Một số đặc điểm về HCTHTP		Cao răng		Không cao răng		OR (95% CI)
		n	%	n	%	
Giới	Nam	159	51,5	150	48,5	1

	Nữ	44	44,9	54	55,1	1,30 (0,80-2,11)
Thời gian mắc bệnh	≤ 1 năm	41	34,5	78	65,5	1
	1-5 năm	93	47,7	102	52,3	1,73 (1,08-2,78)
	>5 năm	69	74,2	24	25,8	5,47 (3,01-9,96)
Thể bệnh	Nhảy cảm corticoid	49	62,0	30	38,0	1
	Phụ thuộc corticoid	38	43,7	49	56,3	0,48 (0,26-0,88)
	Kháng thuốc corticoid	114	47,7	125	52,3	0,56 (0,33-0,94)
Liều prednisolon	Ngưng thuốc	39	50,7	38	49,3	1
	Đang điều trị	164	49,7	166	50,3	1,04 (0,61-1,76)
Thuốc điều trị kết hợp	Không dùng thuốc kết hợp	90	53,6	78	46,4	1
	Dùng Cyclosporin/ Cellcept	113	47,3	126	52,7	1,29 (0,85-1,95)
Số lần tái phát	Bị lần đầu	61	66,3	31	33,7	1
	1 – 3 lần	46	37,1	78	62,9	0,30 (0,17-0,53)
	3-6 lần	38	58,5	27	41,5	0,72 (0,37-1,38)
	Tái phát >6 lần	58	46,0	68	54,0	0,43 (0,25-0,76)

Mối liên quan giữa chỉ số cao răng và các đặc điểm của HCTH tiên phát được thể hiện qua Bảng 5: Bệnh nhân có thời gian điều trị trên 5 năm có nguy cơ bị cao răng gấp 5 lần bệnh nhân có thời gian điều trị từ 5 năm trở xuống. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân có thể bệnh phụ thuộc và thể bệnh kháng thuốc có nguy cơ bị cao răng bằng một nửa so với lần nhóm bệnh nhân có thể bệnh nhạy cảm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lần tái phát và tình trạng cao răng nhưng đều thấp hơn so với bệnh nhân mắc bệnh lần đầu.

IV. BÀN LUẬN

Sau khi tiến hành thu thập thông tin, khám răng miệng cho trẻ được chẩn đoán là mắc HCTH tiên phát tại Khoa Thận-lọc máu Bệnh viện Nhi Trung ương, nghiên cứu xác định được 407 trẻ đưa vào nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, trẻ nam có tỉ lệ mắc hội HCTH tiên phát cao hơn nữ (309 so với 98), kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu khác thực hiện ở Việt Nam cũng như nước ngoài về đặc điểm dịch tễ mắc hội chứng thận hư gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái, tỷ lệ trai/gái là 3/1⁵. Về thể bệnh: đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu có thể bệnh kháng thuốc (239/407 trường hợp) và có 191/407 trường hợp bị tái phát từ 3 lần trở lên chiếm 46,9%, tình trạng kháng thuốc và tái phát nhiều lần này sẽ khiến trẻ phải dùng thêm nhiều thuốc ức chế miễn dịch khác để điều trị, tác dụng phụ của những thuốc này là gây nguy cơ nhiễm trùng cao, gây ra phì đại lợi cho trẻ, tăng nguy cơ mắc các bệnh răng miệng trong thời gian điều trị bệnh toàn thân.

Bảng 1 cho thấy tỉ lệ viêm lợi chiếm 63,9% trong đó nhóm 13 – 18 tuổi có tỉ lệ cao nhất

(77,0%) nhưng đa số trẻ có viêm lợi mức độ 1 (48,4%). Hầu hết các nghiên cứu chỉ ra rằng tỉ lệ bệnh viêm lợi ở trẻ mắc hội chứng thận hư đều cao hơn so với trẻ khỏe mạnh. Mặc dù vậy, các tác giả⁵⁻⁸ đều đồng tình rằng ít khi hoặc không biểu hiện nặng nề hoặc chỉ biểu hiện ở mức trung bình trên trẻ mắc HCTH. Các tác giả cũng nhận thấy một mối tương quan thuận giữa tình trạng lợi và chỉ số cặn bám và cao răng. Có 50/407 trẻ (chiếm 12,3%) bị phì đại lợi nhưng chủ yếu là phì đại lợi độ 1. Kết quả này phù hợp với nhận định của tác giả Wright G và CS cho rằng phì đại lợi là một tác dụng phụ khi uống Cyclosporin A và tỉ lệ phì đại lợi do dùng thuốc là từ 8% đến 100%. Mặc dù tỉ lệ viêm lợi và lợi phì đại ở trẻ mắc HCTH tiên phát khá cao nhưng hầu hết cha mẹ trẻ chưa có kiến thức về bệnh răng miệng, chỉ đưa trẻ đi khám răng hàm mặt khi con bị đau và chưa hiểu mối liên quan giữa bệnh răng miệng và bệnh toàn thân mà trẻ đang mắc phải. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Phạm Thị Phượng và CS⁹ và một số nghiên cứu trên những trẻ mắc bệnh lý thận mạn tính. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khác độ tuổi của các tác giả khác và nghiên cứu của chúng tôi về thời gian dùng thuốc Cyclosporin ngắn hơn, do nguyên nhân gây ra phì đại lợi bao gồm tác động của thuốc, tình trạng mảng bám, sự nhạy cảm của các nguyên bào sợi và các yếu tố di truyền.

Bảng 2 cho biết tỉ lệ cao răng chiếm 49,9% tổng số bệnh nhân, đa số các bệnh nhân có cao răng độ 1 và 2 lần lượt là 20,7% và 19,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỉ lệ cao răng của trẻ mắc HCTH tiên phát ngang với trẻ bình thường tại Việt Nam. Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả của Phạm Thị Phượng và CS⁹, Babu và CS⁶ đều nhận thấy rằng trẻ mắc bệnh thận

có nhiều cao răng, nhất là mặt lưỡi của răng cửa hàm dưới, Nguyên nhân là do sự thay đổi lượng canxi, photpho, magiê, oxalat, urê trong nước bọt. Lắng đọng canxi-photpho hoặc canxi-oxalat và hình thành cao răng có thể do sự tăng pH nước bọt. Ngoài ra, lượng magiê trong nước bọt giảm nhưng urê và photpho trong nước bọt lại tăng dẫn đến tăng tỉ lệ cao răng cho bệnh nhân.

Bảng 3 cho thấy mối liên quan giữa đặc điểm của hội chứng thận hư với tình trạng viêm lợi của nhóm đối tượng nghiên cứu: Nhóm bệnh nhân có thời gian điều trị trên 5 năm có nguy cơ bị viêm lợi gấp 2,92 lần nhóm bệnh nhân có thời gian điều trị từ 1 năm trở xuống (OR=2,92 và 95%CI là 1,63 – 5,26). Nhóm bệnh nhân có số lần tái phát trên 6 lần có nguy cơ bị viêm lợi gấp 2,07 lần so với nhóm bệnh nhân bị lần đầu (OR= 2,07 và 95%CI là 1,17 – 3,68). Việc điều trị bệnh lâu dài và tái phát thường xuyên làm trẻ và gia đình trẻ tập trung quan tâm đến việc điều trị bệnh đang mắc phải, mà ít hoặc không quan tâm đến chăm sóc răng miệng cũng như không được giáo dục chăm sóc răng miệng đúng cách làm gia tăng tích tụ mảng bám gây viêm lợi. Tái phát bệnh nhiều lần dẫn đến việc dùng thuốc thời gian dài, dễ gặp phải tác dụng phụ của thuốc gây nguy cơ nhiễm trùng cao, cũng có thể do khô miệng do tác dụng phụ của thuốc điều chỉnh huyết áp làm tăng nguy cơ viêm lợi.

Bảng 4 cho thấy liên quan giữa đặc điểm của hội chứng thận hư với tình trạng phì đại lợi của nhóm đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có thời gian điều trị trên 5 năm có nguy cơ phì đại lợi gấp 2 lần so với bệnh nhân có thời gian điều trị từ 1-5 năm, gấp 7 lần so với bệnh nhân có thời gian điều trị dưới 1 năm. Nhóm bệnh nhân có thể bệnh kháng thuốc có nguy cơ phì đại lợi gấp 8,7 lần nhóm bệnh nhân có thể bệnh nhạy cảm. Việc dùng kết hợp thuốc Cyclosporine/Cellcept để điều trị bệnh cũng ảnh hưởng đến tình trạng phì đại lợi của bệnh nhân. Nhóm có dùng thuốc kết hợp có nguy cơ phì đại lợi gấp 6,09 lần nhóm không dùng thuốc. Bệnh nhân có số lần tái phát 1-3 lần có nguy cơ bị viêm lợi gấp 5,27 lần so với nhóm bệnh nhân bị lần đầu, bệnh nhân có số lần tái phát 3-6 lần có nguy cơ bị viêm lợi gấp 4,58 lần so với nhóm bệnh nhân bị lần đầu, bệnh nhân có số lần tái phát trên 6 lần có nguy cơ bị viêm lợi gấp 13,45 lần so với nhóm bệnh nhân bị lần đầu. Điều này chỉ ra tác dụng phụ khi dùng thuốc ức chế miễn dịch kết hợp để điều trị cho trẻ kháng thuốc, trẻ đang trong thời gian dùng thuốc thì chịu tác dụng phụ phì đại lợi là rõ ràng nhất. Kết luận này đã được báo cáo trong rất

nhiều nghiên cứu như trong nghiên cứu của Wright G, Welbury R R, Hosey M T hay nghiên cứu của Suzanne D.A, DDS, MS Alton G.M và CS.

Mối liên quan giữa chỉ số cao răng và đặc điểm của HCTH tiên phát được thể hiện qua Bảng 5: Bệnh nhân có thời gian điều trị trên 5 năm có nguy cơ bị cao răng gấp 5 lần bệnh nhân có thời gian điều trị từ 5 năm trở xuống. Ngoài ra chưa thấy mối quan hệ giữa tình trạng cao răng và thể bệnh, tình trạng sử dụng thuốc và số lần tái phát.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 407 trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát tại Khoa Thận- Lọc máu Bệnh viện Nhi Trung Ương chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Tỉ lệ trẻ mắc bệnh viêm lợi và viêm lợi phì đại cao. Yếu tố thời gian bị bệnh, số lần tái phát, thể bệnh và thuốc điều trị bệnh có liên quan đến tình trạng viêm lợi, phì đại lợi có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố khác chưa tìm thấy mối quan hệ có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Eddy AA, Symons JM.** Nephrotic syndrome in childhood. *Lancet Lond Engl.* 2003;362(9384):629-639. doi:10.1016/S0140-6736(03)14184-0
- Lê Nam Trà, Trần Đình Long, Đỗ Bích Hằng.** Tình hình bệnh thận, tiết niệu của trẻ em được điều trị tại Viện Nhi 1981-1990. *Kỷ Ủy Công Trình Nhi Khoa.* Published online 1994:161-162.
- Blue C, Istringhausen K.** Raising Oral Health Awareness Among Nephrology Nurses. 2011;85(2):7.
- Mihalaş E, Matricala L, Chelmuş A, Gheţu N, Petcu A, Paşca S.** The Role of Chronic Exposure to Amoxicillin/Clavulanic Acid on the Developmental Enamel Defects in Mice. *Toxicol Pathol.* 2016;44(1):61-70. doi:10.1177/0192623315610822
- Angelova ST.** Oral Health in Children Suffering from Pyelonephritis and Nephrotic Syndrome. *J Healthc Hyg.* 2017;1(1). Accessed March 12, 2020. <https://www.imedpub.com/abstract/oral-health-in-children-suffering-from-pyelonephritis-and-nephrotic-syndrome-21261.html>
- Babu NSV, Jana S.** Assessment of Oral Health Status in Children Suffering from Nephrotic Syndrome. 2014;2(2):5.
- Ulu Güzel KG, Yılmaz D, Abacigil F, PİRİNÇİ S.** Oral Aspects in Children with Nephrotic Syndrome - ProQuest. Published 2018. Accessed March 31, 2020. <https://search.proquest.com/openview/abefb6b2e8f40fb85a157c5240e86aab/1?pq-origsite=gscholar&cbl=236264>.
- Weraarchakul W, Weraarchakul W, Wisanuyotin S, Panamonta M.** Enamel defect and gingival enlargement in pediatric patients with kidney disease at Srinagarind Hospital, Khon Kaen University, Thailand. *J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet.* 2014;97 Suppl 10:S75-81.